

日本福祉大学社会福祉学部・日本福祉大学福祉社会開発研究所

『日本福祉大学社会福祉論集』第 107 号 2002 年 8 月

医療における実践モデル考

--- 「医学モデル」から「生活モデル」へ ---

杉 山 章 子

【はじめに】

専門職が社会福祉活動を展開する際には、その対象と問題状況に応じた最も適切な方法が必要となる。しかし、日本の社会福祉活動の現状を顧みると、体系的な方法論の確立と実践への活用が十分であるとはいえない。戦後、日本のソーシャルワークは、欧米に学びつつ日本の実情に立脚した実践方法を追究し、現場では広範な社会問題に対してさまざまな実践を積み重ねてきた。しかし、理論・方法と実践との有機的な結びつきの欠如が、ソーシャルワークの進展を阻んできた側面は否めない。

医療や保健分野のさまざまな専門職との協働が日常化している現在、以前にも増してソーシャルワーカーの専門性が鋭く問われるようになってきた。多職種が協働する現場では、他との相違点を示してその独自性を強調するだけでなく、互いに重なりあう部分を確認しつつそれぞれの立場や役割を確立することが必要となる。医師、看護師、理学療法士や作業療法士そして行政職などさまざまな人々と共に活動する中で、ソーシャルワーカーは、確固たる専門性を発揮しているであろうか。この問いに、ためらいなく「イエス」と答えられる人は少ないであろう。むしろ、他職種と異なる独自性を確保できずに自信を喪失したり、自らの基盤の脆弱性を再認識するワーカーの方が多勢を占めていると思われる。

日本のソーシャルワーク理論や方法の形成過程では、自らの実践を調査分析することよりも、欧米に目を向け範をとることが優先されてきた。欧米の理論や方法が詳細に紹介され研究が進展しても、それらは実践に結びつきにくく、地道に重ねられる現場の実践は、経験として集積・体系化されてこなかったのが実情である。

このように、欧米の理論や方法の導入に依拠しつつ研究を進める傾向は、ソーシャルワークに限らず、医学や社会学など隣接科学にも認められる。ただ、「後発」の社会福祉学には、さらにそれら隣接科学の知見を援用しつつ独自の理論や方法を模索してきたという事情が重なる。社会福祉活動の幅広さ、対象とする「生活問題」の奥深さを考えれば、ソーシャルワークがさまざまな分野の業績を取り入れることはごく当然のことともいえるが、独自の基盤形成を怠ると、その理論や方法が諸科学の成果の組み合わせやアレンジに終始してしまう危険性もある。

多くの職種との競合・協働の中で、ソーシャルワークが専門性を確立していくためには、今一度方法を見直し、練磨していかなければならないであろう。本稿では、その端緒として、実践モデルについて考察を試みる。ソーシャルワークの実践モデルに関して、「医学モデル」から「生活モデル」へという流れは、現在当為のごとく語られている。医学で用いられる診断や治療の手順を援用する方法が、クライアントを病理的な問題をもつ者とみなして「治療」の対象にすることの限界は明白である。しかし、伝統的「医学モデル」の問題点を指摘し、「生活」を提示するだけではソーシャルワーク独自の有効な方法にはつながらない。

理論・方法の研究分野では、生態学的視点に基づいた「生活モデル」がさかんに論じられているが、社会福祉活動の現場で、具体的方法として駆使されるには至っていない。その一方で、実践の現場ではクライアントを生活者としてとらえ支援していく工夫が展開されているものの、「生活」という茫漠とした概念から抜け出して体系化された方法に結実する道筋は定かではない。こうした状況を打破して、社会福祉独自の方法を確立していくためには、現場の実践が理論に反映されるシステムが必要であろう。

本稿では、新たなソーシャルワークの方法を射程に入れつつ、医療分野における ---「医学モデル」から「生活モデル」へ --- という流れを検討する。医療の現場では、現在、伝統的「医学モデル」に代わって新たなモデルが提示され、理論と実践の結合が進んでいる。この新しい動きは、「医学モデル」の刷新にとどまらず、生活を捉える視点に依拠して活動を福祉領域にまで拡大した「生活モデル」と称される方法も生み出し、ダイナミックな展開をみせている。社会福祉がそのくびきから脱しようとするあまり、ステレオタイプに捉えがちな「医学モデル」はいまや変身をとげ、時代の要請に対応した新たなモデルを形成しつつある。

こうした医療における動向を検証することは、ソーシャルワークが範としてきた「医学モデル」を見直し、今後の社会福祉の方法を考えていく上でさまざまな示唆を与えてくれると思われる。

【1】 近代医学の成立と「生物医学モデル」

医学が広く社会的文脈の中で議論されるようになった現在、「医学モデル」は狭義の医学の範疇を超えた多様な側面をもつ。医学の分野でも社会的・心理的視点が導入され、社会福祉分野の「生活モデル」に通じる「医学モデル」が次々に誕生している。これは、西欧で発展した近代医学の限界を、克服しようとする試みの中から編み出された。

近代医学は、解剖学を基礎に、身体を構成する臓器に病気の座を求め、さらに組織から細胞と次第に細かな小部分に視野を限定してきた。最近では、他の物質科学と共通の分子レベルでの研究が全盛である⁽¹⁾。物質の科学としての近代医学では、病気を生物学的過程としてとらえ、「生物医学モデル」(バイオメディカルモデル)が用いられる。このモデルは、社会的視点からしばしば批判の対象とされているが、その限界を克服して新しいモデルを形成するためには、「生物医学モデル」の問題点が正確に把握されていなくてはならない。「医学モデル」から「生活モデ

ル」への流れを展望するにあたって、まず、「生物医学モデル」について検討する。

「生物医学モデル」は、近代医学の枠組みに基づくいくつかの特徴をもつ。まず、疾患は、測定可能な生物学的指標からの逸脱によって説明される。検査によって、正常か異常かが判断され、設定された数値・指標からの逸脱が疾患とみなされるわけである。この一見明快な疾患の捉え方は、文化的・社会的・心理的要因を排除した一面的なものであるばかりでなく、生物学的にも正常値固定の難しさが指摘されている。

次に見逃せないのが特定病因論である。一つの疾患には、特定の原因物質が存在しており、それが物理・化学的な因果関係の結果として特定の疾患を引き起こすと考えられ、その病因を突き止め疾患が発現するメカニズムを解明することが医学の目標とされたのである。19世紀にパスツールやコッホが打ち立てた業績に端を発した特定病因論は、感染症の予防や治療に大きな役割を果たした。

しかし、この特定病因論だけで疾患を解明することはできない。Dubos, R.によれば、特定病因論説とその理論的、実際的成果が近代医学の素材を構成しているものの疾患の因果関係を完全に説明している例はほとんどないという⁽²⁾。過去3世紀の人間社会の健康状態改善の要因を社会的に分析したMcKeown, T.は、栄養状態の改善や環境の改善が死亡率の低下に大きく寄与したことを指摘した⁽³⁾。社会的視点にたつと、疾患の解明や治療に、医学や医療が万能でないことが明らかになる。こうした社会医学の進展の一方で、ミクロの世界に分け入る高度先端医学の発展もまた目覚しく、病因を探し出して除去するという「生物医学モデル」の方法が、広範な分野で大きな影響力を保持し続けていることは否めない。

このように生物科学の概念や方法を追究していくと、疾患は標準化され普遍的なものとして位置づけられる。普遍性を求めることは個別性の軽視につながりやすい。疾患が抽象的な「対象」として分析される過程で、個々の患者がもつ「症状」はみえにくくなる。「生物医学モデル」が、幾多の疾患についてそのメカニズムを解明し、一定の普遍性を獲得してきたことは事実だが、それを絶対化すると、個々の患者の心理・社会的な状況や、地域や国によって異なる文化の差異を無視することになりかねない。

「生物医学モデル」を概観すると、その歴史性と社会性が浮かび上がってくる。19世紀に誕生した西欧近代医学は、20世紀初頭にかけて急速に発展し、病気の解明や治療に威力を発揮した。しかし、社会・医療状況の変化につれて、自然科学に依拠する方法の限界が次第に明らかになってきた。公害病や医原病、薬原病など社会性を帯びた疾患、完治の難しい慢性病、精神病、老人病などは、一定の指標からの逸脱を疾患と定義し、その病因を突き止めて排除する方法では対応できない。

ただし、「生物医学モデル」は、全面的にその有効性を問われているわけではない。疾病の社会史からみれば、生物医学モデルが果たしてきた役割は無視できない。感染症を中心に、自然科学的解剖学的医学によって、診断・治療法が飛躍的に進展した疾患は多数にのぼり、幾多の人命が救われてきた。そして、現在でも、分野によっては近代医学の有効性がいかに発揮されて

いる。生命科学やメディカルエレクトロニクスの発展とともに進んだ医療技術の高度化が医療の可能性を切り開いていることは否定できない事実である。

重要なことは、それを「普遍性」をもつものとしてではなく、一つ概念や方法として社会的文脈の中に位置づけることである。「医学モデル」から「生活モデル」へという流れは、前者を否定したり排除することによってではなく、後者が前者を相対化する中で形成されてきたと考えべきであろう。

社会福祉の方法として「生活モデル」が取り上げられる時、対比される「医学モデル」は、この近代医学に立脚した「生物医学モデル」（心理・社会的視点を導入した最近の医学モデルと区別するために伝統的医学モデルと称されることが多い）である。Richmond, M. E. をはじめとする初期のケースワークの理論家は、当時の医学の方法に学びその用語を援用したため、ソーシャルワークにおける「医学モデル」は、西欧近代医学のアナロジーとされている⁽⁴⁾。

ソーシャルワークの発展過程で、「医学モデル」は、しばしば批判あるいは超克の対象とされてきた。留意すべきは、医学・医療における「医学モデル」とソーシャルワークにおける「医学モデル」が同一でないことである。Richmond, M. E. は、社会的視点をもって生物医学モデルの手法を導入しており、「社会医学モデル」というべき概念や方法を提示している。社会福祉分野における「医学モデル」と「生活モデル」を考える際には、この「社会医学モデル」が時代とともにどのように変遷し、「生活モデル」の形成へとつながっていったのかを検討する必要がある。

【2】 社会医学の発展と「医学モデル」の拡大

(1) 臨床疫学と EBM

19 世紀に確立された近代医学に基づく「生物医学モデル」は、今日まで医学の「主流」メインストリームを形成してきた。しかし、ミクロの実体すなわち特定病因を探して病気発生の因果関係を解明しようとする生物医学の発展の一方で、統計によって患者集団の把握を試みる疫学が、マクロの現象から病気を捉え対応を検討する方法を編み出してきたことも見逃せない。

20 世紀後半になると、いわゆる生活習慣病、長期療養を必要とする老人病、さまざまなレベルの精神病、公害病や医原病・薬原病など完治の難しい疾患が登場し、疾病構造は大きく変化した。これらの疾患には多くの要因が絡み合いながら関与しており、原因物質を特定して病気の発生機序を単線的因果関係で説明する生物医学の方法だけでは対応が難しい。病気を、人体のメカニズムからだけでなく、心理的・社会的文脈の中で解明していくためには、疫学や公衆衛生の視点が必要になる。

しかし、これまで病理学や生理学、分子生物学などの生物学的原理に基づいた病態生理学中心に動いてきた臨床の現場に、疫学のマクロの視点を導入することは容易ではなかった。イエール大学教授で、Society of Clinical Investigation 学会長の Paul, J. R. は、1938 年に、臨床医は

疾病の社会的背景をもっと考慮すべきこと、臨床研究において、個々の患者から得られた知見を集団のデータとして定量的に表すことの重要性を主張し、「人の病気が起こりやすい状況 --- 機能的であれ器質的であれ --- を究明する科学」を「臨床疫学」と呼んだ⁽⁵⁾。当時、この主張はほとんど受け入れられず、疫学的手法を臨床医学に応用する「臨床疫学」が本格的に展開されるのは、1970年代に入ってからである。

この時期、アメリカやカナダでは、プライマリケアが新たな専門分野として登場した。医療は、病院の診察室や手術室で行なわれる「治療」にとどまらず、地域における患者の生活を射程に入れた実践へと拡大し、臓器別でない総合的な診療が求められるようになった。こうしたプライマリケアの発展が、生物学的方法とは異なる視点から医療行為の有効性や効率性を評価する研究への着目を促し、臨床疫学の重要性を浮き彫りにしたのである。

臨床疫学は、ノースカロライナ大学（現在はハーバード大学）の Fletcher, R. H. Fletcher, S. W. やカナダのマクマスター大学の Sackett DL らの研究が牽引力となって発展し、1980年代には、臨床に携わる人に対する基礎科学と位置づけられるまでになった⁽⁶⁾。臨床疫学は、ミクロの物質的分析中心の臨床にマクロの社会的・定量的方法を結合させただけではない。Fletcher, R. H. らは、臨床判断には、検査結果や生理学的変化など医師にとってのみ興味のある指標ではなく、患者が価値判断できる指標を用いるべきであると強調し、具体的に death（死亡）、disease（疾病）、discomfort（不快）、disability（機能障害）、dissatisfaction（不満足）、destitution（貧窮）の6つを挙げている。こうした患者アウトカムを重視する臨床疫学の普及は、医学が社会的視点抜きに成立しえない段階に入ったことを示している。

1990年代に入ると、臨床疫学は、社会の変動をふまえてさらなる発展時期を迎えた。そのきっかけとなったのは、1991年カナダのマクマスター大学の Guyatt, G. H. 教授が提唱した EBM（Evidence-Based Medicine）である。Guyatt, G. H. 氏は、従来の総花的検査ではなく感度や特異度など臨床疫学的な数値データに基づいた検査を用いて、客観的で効率的な診療を進める方法を提示した。その内容は、臨床疫学にコンピュータでの情報検索を組み合わせたものにすぎなかったが、EBMという言葉の魅力のためか、医学のみならず、看護、薬学、医療政策、さらには医学・医療以外の分野にまで急速に人口に膾炙することになった⁽⁷⁾。

EBMは、現在日本でも多くの分野で取り上げられ、その方法について活発に議論が展開されている。日本では、「科学的根拠に基づく医療」というEBMの訳語だけが頻繁に使われ、コンピュータを駆使した検索方法や治療のガイドラインに焦点があてられることが多い。さまざまなレベルの膨大な情報が氾濫しているために、その本質や方法の理解に関して混乱が起こり、「EBMとは治療ガイドラインに基づく医療をすること」というようなEBMに対する本末転倒の誤解⁽⁸⁾もないわけではない。

既に述べたように、EBM登場に至る背景には、社会の変動に伴って生物医学から社会医学へと医学の方法が拡大していく動きがあった。留意すべきは、こうした動きが、医療を提供する側だけでなく、患者の意識の変化にも支えられてきた事実である。欧米では、治療法の選択や決定

を医師任せではなく自分たちで行なうために、患者側からエビデンスを求める気運が高まり、医師も患者に対して客観的な判断基準を示す必要が生じたのである。

EBM は、患者に始まり患者に終わる問題解決の一手法であり⁽⁹⁾、入手可能な最新最良のエビデンスの追究は、目前の患者の個別性を正確に把握し臨床に活かすための手段である。医師は、第一のステップとして典型的な患者像への医学的対処方法を最良のエビデンスに基づいて理解し、それを前提に第二ステップとして各患者が抱える個別性を考慮することになる⁽¹⁰⁾。日本では、第一ステップの方法に議論が集中しがちだが、最善の医療を目指す EBM の実現は第二ステップにかかっている。ここで、医師が、患者と情報を共有化しながら、患者の個人的価値観や家族との関係、社会生活の状況そして社会的支援システムなどにまで視点を広げた個別性の把握に努めるならば、患者アウトカムを改善する医療が実現するだけでなく、医師と患者の対等な関係作りにも資するはずである。

EBM は、医師の行なう診療にとどまらず、看護、リハビリテーション、公衆衛生など多くの医療分野で急速に普及している。これは、従来主流を占めていた生物医学の分析的視点から患者アウトカムを重視する社会的視点へのパラダイムシフトを示すものといえよう。

(2) 「医学モデル」の変貌

社会医学の進展とともに、「医学モデル」にも変化がみられ、生物医学を超えた幅広いスタイルが生まれている。病気と患者個人あるいは個人的生活が深く結びついていることを考慮するならば、病気だけを「科学的」に取り上げても問題の解決につながらないことは明白である。心身相関の生理と病理の解明を課題とする心身医学では、心身二分論を超えた全人的医療が試みられ、独自のモデルが提示されている。

Engel, G. L. は、一般システム理論に立脚した生物・心理・社会モデルによって、身体、心理、社会それぞれの次元に関わる問題を、患者個人というシステムレベルで連続させて考えうることを示した⁽¹¹⁾。

エンゲルの生物・心理・社会モデル

(bio-psycho-social model)

心理・社会的

生物・医学的

地	文	国	共	家	二	個	神	器	組	細	分	原
球	化	家	同	族	人	人	経	官	織	胞	子	子
	圈		体		系		系					

このモデルでは、上図のように、ヒトをより小さい単位に細分化して病理を明らかにする生物・医学的システムと医師と患者という二人系からより大きい単位へと広がる心理社会システムが、

個人を接点として結びつけられている。

池見西次郎は、Engel, G. L. の生物・心理・社会モデルに、さらに新たな要素を加えて生物・行動・心理・社会・倫理モデル (bio-behavior-psycho-social-ethical model) を提唱し、それぞれの次元の相互媒介的な複合モデルを発展させた⁽¹²⁾。

これらのモデルは、特定病因論に基づく単線的因果関係の解明を目指した生物医学モデルとは異なり、患者を取り巻く諸要因を複合的に把握し、病気・患者・社会とその相互関係を総合的に解明することを目指している。心身医学のモデルによる臨床の対象領域は、疾患の診断と治療だけでなく、予防やリハビリテーションにも及び、福祉とも密接に関連する⁽¹³⁾。このように、医学・医療の裾野が広がり福祉にまでつながる動きは、心身症だけでなく、慢性疾患や難病・精神病・老人病などさまざまな分野にみられ、社会的視点を導入した「医学モデル」は今や一般的になりつつある。

医療と福祉の統合化の流れの中で、変貌する「医学モデル」に対して、福祉がどのようなモデルを提示し協働していくのかが問われている。

【3】 医療における「生活モデル」の実践

(1) 医療と福祉の連携とサービスの統合化

医療と福祉の連携という表現は、1980年代から用いられていたが、1990年代に入るとその必要性が声高に叫ばれるようになった。その背景としては、まず疾病構造の変化が挙げられる。感染症・急性疾患から慢性疾患へと疾病構造が変化するにつれて、医療だけでは解決できない問題が次々と浮上してきたのである。

急性期の治療後も障害が残る脳血管疾患、治療法が定まらず身体的・精神的困難を伴う難病、広範にわたるケアが必要な精神病、生活全般のコントロールが求められる糖尿病など「完治」の難しい疾患をもつ患者には、医療と福祉両面からのサポートが不可欠である。さらに、近年急速に進行している人口の高齢化が、医療と福祉の連携を一層促した。高齢者の疾患は、長期化・慢性化することが多く、そのケアには医療サービスだけでなく、生活を支える多面的な支援が必要になるからである。

患者・利用者の立場から考えてみれば、医療と福祉は本来連続性をもっている。一人の人間が病気になることから生じる諸問題は、医学・医療だけで解決できるとは限らない。治療・療養の過程では、医療費や生活費の調達、家族への対応、障害が残った場合のケアの方法などさまざまな問題が発生し、たとえ短期間で「完治」した場合でも、福祉サービスが必要となることは少なくないのである。

しかし、これまで、医療と福祉はそれぞれ独立した別個のシステムを形成してきたために、患者や家族は分立する制度に別々にアプローチし、自ら問題解決に必要な環境を整備せざるをえなかった。慢性疾患が増加し、高齢化が急速に進むにつれて、こうした方法の限界が明らかになり、

システムとしての連携が課題となったわけである。

(2) 「生活モデル」の登場

医療と福祉の連携とサービスの統合化の中で、医療と福祉の両分野において、これまでの方法を見直し、新しいモデルを創り出す動きが始まった。理論面のアプローチから実践活動の中での試みまで、その内容は多岐にわたるが、共通しているのは、「医学モデル」の問題点の指摘と「生活」を支えるための方法の探求である。

すでに述べたように、医学・医療の分野では、「生物医学モデル」の限界を補うために社会的視点を取り入れたモデルが提唱されてきた。これらは、医師を中心とした医療者の行なう「医学モデル」の枠内にあったが、近年、その枠をこえた「生活モデル」の必要性が強調されるようになった。

高齢者のリハビリテーション医学の分野では、脳卒中の疾患モデルに基いた医療的リハビリテーション援助の限界が指摘され、家族を支援し生活全体を支える生活モデルの確立が提唱されている⁽¹⁴⁾。機能低下を極力防ぎ ADL 能力を維持するために訓練に励むことが個々の高齢者や家族の地域生活にどういう意味をもつのか、利用者の視点から見直して、よりよい生活を送るための「サービスとしてのリハビリテーション」を構築しようとする動きである。

障害児療育の現場でも、「生活」への着目が進んでいる。長年療育に携わってきた医師から、子どもの目先の能力の改善に重点を置く「医療モデルの療育」では、育児や生活への支援という視点が欠落し、療育の成果を「育ち」や「暮らし」につなげることができないという認識が生まれ、「生活モデルの療育」が創り出されたのである⁽¹⁵⁾。

「生活モデルの療育」では、療育を構成する「保育」「相談」「訓練」「診療」などの機能のうち、「保育機能」が基軸とされ、さらに「相談機能」による子どもをとりまく家庭・社会環境を整備し、「訓練」や「医療」を的確に継続して提供することが求められる。

同様の動きは、精神科医療でも始まっている。精神病院では、医師が、「医学モデル」に従ってパターンリスティックに患者にかかわってきた病院の治療構造の変革を主張し、生活の質の向上や自立と社会参加に向けた生活モデルを病院運営に生かそうとする試みもみられる⁽¹⁶⁾。

これらは、医師がイニシアチブをとって「生活モデル」を提唱している例であるが、どの分野においても、その実践には、医師や訓練士など医療スタッフとソーシャルワーカーやケアワーカーなど多職種の協働が必要であるとされている。利用者の「生活」を支えていくためには多面的なアプローチが求められ、チームでの取り組みが前提となるのは当然のことである。こうした状況の中で、ソーシャルワーカーなど福祉の専門職からも「生活モデル」の実践が行なわれるようになり、理論に関する議論も活発化している。

とりわけ、精神障害者の支援については、さまざまな取り組みが積み重ねられてきた。地域で精神障害者の生活支援活動を展開してきた「やどかりの里」では、ごくあたりまえの生活の実現と豊かな生活を追求していった結果、「生活モデル」による生活支援体制づくりに到達している。

医療モデルと生活モデルの比較

	社会復帰活動（医療モデル）	生活支援活動（生活モデル）
主 体	援助者	生活者
責 任 性	健康管理をする側	本人の自己決定による
か かわ り	規則正しい生活へと援助	本人の主体性のうながし
と ら え 方	疾患・症状を中心に	生活のしづらさとして
関 係 性	治療・援助関係	共に歩む・支え手として
問 題 性	個人の病理・問題性に重点	環境・生活を整えることに重点
取 り 組 み	教育的・訓練的	相互援助・補完

その内容は、上記の表に示すように、従来の医療の延長としての社会復帰活動とは異なり、生活者中心の視点が貫かれている⁽¹⁷⁾。

ここで示されている医療モデルは、社会復帰を目指したものであり、病院において精神科医の「診断」と「治療方針」を中心に医療活動を展開する「医学モデル」とは幾分異なる。しかし、援助者が主体となって、個人の病理や問題点の改善に取り組むといった点では従来の「医学モデル」からの変化はみられない。それに対して、社会福祉活動の中から生まれた「生活モデル」は、明確に利用者主体を打ち出し、個人を取り巻く環境・生活の調整・整備に焦点をあてており、福祉の視点がはっきり認められる。

このように実践活動の中から、具体的な生活モデルが形成されていく一方、欧米に学びつつ理論を検討する研究も進められてきた。ソーシャルワークにおける「生活モデル」は、伝統的医学の方法を援用した「医学モデル」への批判の中から編み出され、生態学を背景理論としたエコロジカル・ソーシャルワークの代表的モデルとして発展してきた⁽¹⁸⁾。アメリカを中心とした海外の研究動向が紹介され、日本でも理論研究は活発化しているが、それが現場での実践に活用されているかといえば疑問がないわけではない。

「生活モデル」は、生態学概念を基に、クライアントを治療の対象にするのではなく、環境との交互作用関係の中に生きる生活主体者として捉え、ワーカーは個人と環境との接触面に介入する点に特徴があるとされる。やどかりの里の「生活モデル」は、この特徴を具備しており、その限りでは、アメリカから紹介された理論モデルと日本で実践されている活動モデルは一致している。問題は、日本の一般的な状況としては、理論と実践が切り離されたまま接点をもち難く、「生活モデル」が方法として確立されていないという実情である⁽¹⁹⁾。

現実には、やどかりの里のようなまとまった事業だけでなく、実質的に「生活モデル」が試みられている個別事例は少なくない⁽²⁰⁾。今求められているのは、こうした実践を理論研究に反映させ、その成果を現場で活用可能な方法に具体化することである。「生活モデル」は、ひとり一人の人間の生活を重視し、「生物医学モデル」がもつ普遍主義をとらない。従って、その実践には、定式化された技法ではなく、個別性を把握するための具体的方法が欠かせない。

科学的理論と実践を統合して個別性を追求する方法については、医学・医療分野の動向に参考

にすべき点が多い。EBM では、急速に進展する医学研究の成果とおびただしい臨床実践のデータを活用するためのシステムが工夫され、高齢者や精神障害者に関わる医療現場では、医療スタッフによる社会的取り組みが拡大している。社会福祉の専門職と医療職の協働が一般化しつつある現在、こうした医療分野での動きを正確に把握し参考にしながら、社会福祉の方法を磨き上げる必要があろう。

【おわりに】

医療における「医学モデル」から「生活モデル」への流れをたどると、医学・医療の分野で社会的視点が拡大しつつあり、生物医学が「相対化」されつつあることがわかる。初期の社会福祉理論家が「模範」にしたという「伝統的医学」は最早過去のものとなりつつある。社会福祉の中に残存している「医学モデル」の問題点は、社会福祉の歴史とともに検討されるべきで、現在の「医学モデル」と区別しておかなくてはならない。

ここで留意すべきは、生物医学の「相対化」は否定ではないことである。生物医学はメインストリームを形成する「普遍的」な位置は失ったものの、社会的に拡大する医学の中で独自の領域を確保している。医療における「生活モデル」は、「医学モデル」と対立するものではなく、「医学モデル」を包摂したいわば上位概念なのである。

医療との連携のもとで展開される社会福祉実践においては、新しい「医学モデル」を含む統合概念に基いて「生活モデル」を構築していかななくてはならないだろう⁽²¹⁾。

注

- (1) 中川米造『医療の原点』岩波書店、1996、pp.81-82.
- (2) Dubos, R. *Mirage of Health*. New York: Anchor Books, 1961.
- (3) Mckeown, T. *The Role of Medicine*. Oxford, Basil Blackwell, 1979. Mckeown は、医学の歴史や人口統計資料の検討によって、伝染病による死亡率が抗生物質が出る前に低落傾向にあったことを示し、医学の進歩より庶民の生活水準の向上が人々の健康改善に大きな影響を与えたと論じた。
- (4) Richmond, M. E. のケースワーク理論は、医学における「予診・診断・治療」の過程を「社会調査・社会診断・社会処遇」と置き換えたことに焦点があてられ、クライアントを病理的な問題をもつ者として「治療」する問題解決を図ろうとする「診断主義」の端緒と分類されることがある。しかし、『社会診断』(Social Diagnosis (New York, 1917)) や『ソーシャル・ケースワークとは何か』(What is Social Case Work? (New York, 1922)) の内容を子細に検討すると、医学の影響を受けつつも社会的環境を重視しており、その理論が単なるアナロジーでないことがわかる。
- (5) 福井次矢「臨床疫学 (EBM を含む)」『日本医師会雑誌』123 (12), 2000, pp.318-323.
- (6) Sacett, D.L. Haynes, R.B. Tugwell, P. *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Little Brown and Company, Boston, 1985.
- (7) 福井次矢「臨床疫学 (EBM を含む)」『日本医師会雑誌』123 (12), 2000, pp.318-323.
- (8) 李啓充「理念なき医療「改革」を憂える」『週刊 医学界新聞』2476, 2002年3月4日。

- (9) Evidence-based medicine Working Group "Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine", JAMA, 1992, 268: 2420-2425.
- (10) 桑間雄一郎 「「医師の裁量権」との関係はどうか」『ばんぶう』 236, 2001, pp.36-39.
- (11) Engel, G. L. "The clinical application of the bio-psychosocial model", Am J Psychiatry, 1980, 137: 535.
- (12) 池見西次郎 「心身医学, 行動医学, 生命倫理」『心身医学』, 22, 1982, p381.
- (13) 河野友信 「心身症の診療」『現代のエスプリ』 360, 1997, p35.
- (14) 竹内孝仁 「医療モデルであることの限界」『医療』 12 (11), 1996, pp.14-17.
- (15) 宮田広善 『子育てを支える療育』 ぶどう社, 2001.
- (16) 伊藤哲寛 「精神科医療がリハビリテーションの拠点のひとつとなるために」『精神障害とリハビリテーション』 14 (2), 2000, pp.127-131.
- (17) 谷中輝雄 「生活支援形成過程について：やどかりの里における生活モデルの提示」『精神障害リハビリテーション』 14 (2), 2000, pp.132-136.
- (18) Germain, C.B. and Gitterman, A. *The Life Model of Social Work Practice*, Columbia Univ. Press, 1980.
- (19) 日本社会福祉実践理論学会が実施した「ソーシャルワークのあり方に関する調査研究」(『社会福祉実践理論研究』 第7号, pp.76-77, 1998) によれば, 生活モデルの認知度は36.3%であり, 活用度にいたっては23%にすぎなかった.
- (20) 横山登志子 「精神分裂病患者を抱えた家族への支援 生活モデルに基く PSW の家族支援に感情表出研究成果をいかに取り入れるか」『ソーシャルワーク研究』 25 (2), pp.155-161, 1999.
- (21) 田中英樹は, 『精神障害者の地域生活支援 統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』(中央法規出版, 2001) の中で, 統合的生活モデルによる「地域生活支援システム」について具体的に述べている.